



Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda
SCRIVERE IN STAMPATELLO



ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE NEL 1° ANNO DI VITA

ISTAT MODELLO D4 bis - Ediz. 2011

COPIA PER L'ASL

PARTE A - A CURA DEL MEDICO

Cognome e nome della persona defunta _____

MASCHIO Etá compiuta _____
FEMMINA espressa in 1 _____ 2 _____ 3 _____
ora giorni mesi

1. Luogo del decesso
Abitazione 1 _____ Comune _____
Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato) 2 _____
Struttura residenziale o socio-assistenziale 4 _____ Provincia _____
Altro (specificare) 9 _____ Codice ASL di decesso _____

2. Risanamento diagnostico
E' stato richiesto? 1 SI 2 NO

Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.)
I-XIX _____
XX _____

3. Informazioni rilevanti
Peso alla nascita _____ grammi Etá gestazionale alla nascita _____ n. settimane
Parità _____ (vedi note sul retro) Etá della madre _____ anni

4. Parte I Sequenza di condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite), lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente a morte - In presenza di piú sequenze scegliere la piú rilevante.
Se la causa iniziale risiede in una condizione materna, indicare quest'ultima

Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza.
1 _____ mesi o giorni o ore
che ha eventualmente causato ↓
2 _____ mesi o giorni o ore
che ha eventualmente causato ↓
EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.
3 _____ mesi o giorni o ore
che ha eventualmente causato ↓
4 _____ mesi o giorni o ore
che ha eventualmente causato ↓

4. Parte II Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.
_____ mesi o giorni o ore
_____ mesi o giorni o ore
_____ mesi o giorni o ore

IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 5-9 (anche con informazioni riferite)

5. Circostanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I (soffocamento da corpo estraneo, caduta da gradino, contatto con filo percorso da corrente elettrica, ecc.)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento
Accidentale (include incidenti da trasporto) 1 Omicidio 3

8. Data dell'incidente, omicidio
Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche
7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi")

7.2 Ruolo della vittima
Pedone (in passeggino, in braccio, ecc.) 1 Passeggero 3
7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)

7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, ecc.)
In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore ecc.)

9. Luogo dell'incidente, omicidio
Casa 1 _____
Istituzione collettiva 2 _____
Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione 3 _____
Luogo dedicato ad attività sportive 4 _____
Strade e vie 5 _____
Luogo di commercio e servizio 6 _____
Area industriale e di costruzione 7 _____
Azienda agricola 8 _____
Altri luoghi (specificare) 9 _____

10. Professione
Laurea 1 _____
Diploma universitario o laurea breve 2 _____
Diploma di scuola media superiore 3 _____
Licenza di scuola media inferiore 4 _____
Licenza elementare o nessun titolo 5 _____

Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello)
MMG o PLS 1 _____
Necroscopo 2 _____
Medico ospedaliero 3 _____
Medico legale 4 _____
Altro medico 5 _____

Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL)
Tel. _____

PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)

CODICE FISCALE della defunta/a _____

CODICE FISCALE del padre _____ MASCHIO
FEMMINA

CODICE FISCALE della madre _____

Atto di morte
Numero _____
Parte 1 2
Serie 1 2

Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni
Ufficio di stato civile _____
Circoscrizione _____

DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA
Comune _____
Provincia _____

1. Data di morte
Ora _____ Minuti _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____

2. Data di nascita
Ora _____ Minuti _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____

3. Località di nascita
Stesso comune di morte 1 _____
Altro Comune 2 _____
(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____
Stato Estero 3 _____
(specificare stato estero) _____

4. Etá compiuta
Fino a 23 ore compiute indicare il n. di ore 1 _____
Da 24 ore fino a 29 gg. compiuti indicare il n. di gg. 2 _____
Da 30 gg. compiuti fino ad 1 anno indicare il n. dei mesi. 3 _____

5. Genere del parto
Parto semplice 1 Parto plurimo 2

6. Filiazione
Legittima 1
Naturale riconosciuta solo dalla madre 2
Solo dal padre 3
Da entrambi i genitori 4
Naturale non riconosciuta e di filiazione ignota 5

7. Data di nascita della madre
Giorno _____ Mese _____ Anno _____

8. Residenza della madre
Stesso comune di morte 1
Altro Comune 2
(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____
Stato Estero 3
(specificare stato estero) _____

11. Condizione professionale o non professionale dei genitori
Padre Madre
Occupato/a 1 1
Disoccupato/a 2 2
In cerca di prima occupazione 3 3
Ritirato/a dal lavoro 4 4
Casalingo/a 5 5
Studente 6 6
Inabile al lavoro 7 7
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile) 8 8

12. Posizione nella professione dei genitori
Padre Madre
Per lavoratori/lavoratrici autonome/le
Imprenditore o libero professionista 1 1
Lavoratore in proprio o coadiuvante 2 2
Altro 3 3
Per lavoratori/lavoratrici dipendenti
Dirigente o direttivo 4 4
Impiegato/a o intermedio 5 5
Operaio/a o assimilato 6 6
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.) 7 7

13. Ramo di attività economica dei genitori
Padre Madre
Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2
Agricoltura, caccia e pesca 1 1
Industria 2 2
Commercio, pubblici servizi, alberghi 3 3
Pubblica amministrazione e servizi pubblici 4 4
Altri servizi privati 5 5

14. Cittadinanza dei genitori
Padre Madre
Italiana
Per nascita 1 1
Acquisita 2 2
Straniera 3 3
(specificare stato estero) _____
Non conosciuta (*) 9 9

* nel caso di entrambi i genitori (se uno solo del genitore è conosciuto le informazioni dell'altro o non conosciuto o di altro genere (nonché la filiazione) di entrambi i genitori)

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile
Timbro _____
Tel. _____
E-mail _____
(Timbrare anche la copia per la ASL)

Data _____ Firma _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA PARTE "A", RELATIVA ALLE CAUSE DI MORTE, NELLE SCHEDE DI MORTE NEL 1° ANNO DI VITA (MOD. ISTAT D4 BIS - EDIZIONE 2011)

L'ACCURATEZZA NEL FORNIRE INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE È IMPORTANTE PER LA CORRETTA IMPOSTAZIONE DI PROGRAMMI SANITARI A MEDIO-LUNGO TERMINE FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE PUBBLICA. LE INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE DEVONO RAPPRESENTARE LA MIGLIORE OPINIONE MEDICA POSSIBILE.

- ☐ Compilare a stampatello LEGGIBILE con inchiostro nero.
- ☐ Il medico è tenuto alla compilazione della parte "A" della scheda di morte. Egli deve indicare il cognome, nome, sesso (dato fondamentale, poiché dal 2011 non ci sono più le schede di colore celeste per i maschi e rosa per le femmine), età compiuta bifido la relativa casella, il luogo del decesso (quesito 1), se è stato richiesto un riscontro diagnostico (quesito 2) e le informazioni circa la Provincia, il Comune, il luogo e la ASL dove è avvenuto il decesso. Compilare il quesito 3 riportando le informazioni richieste. Per parità si intende il numero di precedenti nati vivi e nati morti della madre del deceduto/a.

COME RIPORTARE LE CAUSE DI MORTE?

- ☐ Riportare negli appositi spazi ogni lesione, malattia o stato morboso che abbia avuto rilevanza nel determinare il decesso, incluse le condizioni materne e le complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto. Una condizione può essere riportata come "probabile" se non diagnosticata in modo assolutamente certo. Condizioni quali "asfissia" e "prematuro" non dovrebbero essere riportate a meno che esse siano le uniche condizioni note. Se si ritiene che l'abuso materno di sostanze stupefacenti, di alcool o di tabacco, di cui è nota la relazione causa-effetto abbiano contribuito alla morte del bambino, ciò deve essere riportato ove più appropriato. Nel quesito 4 Parte I e Parte II vanno sempre riportati negli appositi spazi i tempi intercorsi tra l'insorgenza di ciascuna causa indicata e la morte, in mesi oppure giorni oppure ore. In questo spazio non va assolutamente indicata la data di insorgenza della patologia. Indicare anche se l'informazione è approssimativa, NON LASCIARE IN BIANCO.

IL QUESITO 4 È DIVISO IN DUE PARTI CHE HANNO DIFFERENTI FUNZIONI.

Nella Parte I va identificata e riportata una sola sequenza di condizioni morbose (incluse malformazioni ed anomalie congenite), lesioni o avvelenamenti o traumatismi, che ha condotto direttamente a morte. Qualora si ritenga che il decesso sia dovuto a più sequenze morbose, riportare la più rilevante. Una sequenza è considerata corretta se è rispettata la causalità fra le condizioni riportate (e le durate sono quindi dalla più remota alla più recente). Non è necessario compilare tutte le righe da 1 a 4. Nel caso, infatti, di sequenza più breve di quella possibile prevista nel modello, compilare solo le righe necessarie.

- ☐ Riga 1: riportare la cosiddetta CAUSA INIZIALE, ovvero la sola patologia, malformazione o anomalia congenita o lesione o traumatismo individuata come quella che ha dato origine alla sequenza di patologie o lesioni o traumatismi che ha portato alla morte.
- ☐ Riga 2, 3 e 4: riportare, se presenti, le cosiddette CAUSE INTERMEDIE o complicazioni della malattia indicata alla riga 1. Rispettare la corretta sequenza causale e temporale e riportare nell'ultima riga utilizzata la cosiddetta CAUSA TERMINALE. Per causa terminale si intende la condizione morbosa che ha direttamente provocato la morte e NON la modalità o il meccanismo di morte (per es.: arresto cardiaco; insufficienza respiratoria, etc.).

Se non è stata identificata una causa iniziale di morte, è buona norma riportare alla riga 1 la dicitura "CAUSA NATURALE INDETERMINATA" e nelle righe successive le cause intermedie e terminali conosciute. Ciò consente di comprendere che non vi è stata svista od omissione nella compilazione della scheda di morte.

Nella Parte II vanno riportati esclusivamente altri stati morbosi o lesioni rilevanti che NON fanno parte della sequenza riportata in Parte I, ma che hanno, nell'opinione del medico, contribuito al decesso.

- ☐ Possono essere indicate fino a tre malattie (incluse malformazioni ed anomalie congenite) o traumatismi con le rispettive durate tra l'insorgenza ed il decesso. La finalità del quesito 4, Parte II è quella di fornire ulteriori informazioni sul quadro morboso del/della deceduto/a al momento del decesso, sia che questo sia avvenuto per cause naturali che per cause esterne.

IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO O AVVELENAMENTO DEVONO ESSERE COMPILATI ANCHE I QUESITI DA 5 A 9

- ☐ Quesito 5: riportare le circostanze ed il mezzo o modo col quale la lesione è stata determinata. Ad esempio, essa può essere stata provocata da soffocamento da corpo estraneo, armi, oggetti, cadute, sostanze chimiche, farmaci, ecc. Indicare con precisione il mezzo e la circostanza che hanno causato la lesione. NON LASCIARE IN BIANCO perché questa informazione è fondamentale per le statistiche di mortalità per cause esterne.
- ☐ Quesito 6: riportare la modalità del decesso. Barrare SEMPRE in caso di traumatismo o avvelenamento una, ed una sola, delle due modalità previste.
- ☐ Quesito 7: riportare nel caso di incidenti da trasporto, il mezzo e ruolo della vittima (quesiti 7.1 e 7.2); il tipo di incidente (collisione, ribaltamento, affondamento, etc.) (quesito 7.3); nel caso di scontro o investimento, l'oggetto con cui è avvenuto lo scontro o il veicolo che ha investito il deceduto (quesito 7.4).
- ☐ Quesiti 8 e 9: riportare l'orario, la data ed il luogo in cui è avvenuto l'incidente o omicidio.

Esempio 1		Esempio 2	
- Sesso: M	- Età compiuta: 25 giorni	- Sesso: F	- Età compiuta: 11 mesi
- Quesito 3 Informazioni rilevanti		- Quesito 3 Informazioni rilevanti	
Peso alla nascita: 1.480 g.	Età gestazionale alla nascita: 32 sett.	Peso alla nascita: 3.350 g.	Età gestazionale alla nascita: 40 sett.
Parità: 1	Età della madre: 20 anni	Parità: 2	Età della madre: 33 anni
- Quesito 4 Parte I		- Quesito 4 Parte I	
1 Fibrosi cistica	25 giorni	1 Asfissia da corpo estraneo	1 ora
2 Meningite da <i>Escherichia coli</i>	7 giorni	2	
3		4	
4			
- Quesito 4 Parte II		- Quesito 4 Parte II	
Prematurità	25 giorni		
Sindrome da malassorbimento	25 giorni	- Quesito 5 Soffocamento da caramella	
Distress respiratorio	25 giorni	- Quesito 6 Accidentale	
		- Quesito 8 (specificare ora, giorno, mese, anno dell'incidente)	
		- Quesito 9 Casa	

LA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE RESA DAL MEDICO CURANTE O ALTRO MEDICO INCARICATO SECONDO QUANTO PREVEDE LA NORMATIVA VIGENTE. RIPORTARE LA DATA DI COMPILAZIONE, IL TIMBRO CON IL NUMERO TELEFONICO DEL MEDICO O DELLA STRUTTURA DI RICOVERO O CURA E LA FIRMA LEGGIBILE DEL MEDICO CHE HA COMPILATO LA SCHEDA DI MORTE. SE DOPO LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI MORTE SI OTTENGONO ULTERIORI INFORMAZIONI, AD ESEMPIO TRAMITE RISCOVRI NECROSCOPICI, CHE MODIFICANO O INDIVIDUANO CON CERTEZZA LA CAUSA INIZIALE DI MORTE O IL TIPO DI LESIONE RESPONSABILE DELLA MORTE, QUESTE VANNO TEMPESTIVAMENTE COMUNICATE ALLA ASL DI COMPETENZA.

Consultare il sito: <http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/infomorte/>

CODICI DELLE CITTADINANZE E DEGLI STATI ESTERI

EUROPA	Stato della Città del Vaticano	246	Ruanda	446	Saint Lucia	532	Oman	343
UE (Unione Europea)	Swizzera	241	Sao Tomé e Príncipe	448	Saint Kitts e Nevis	534	Pakistan	344
Austria	Turchia	351	Seychelles	449	Saint Vincent	533	Qatar	345
Belgio	Ucraina	243	Senegal	450	e Grenadine	535	Singapore	346
Bulgaria			Sierra Leone	451	Stati Uniti d'America	536	Siria	348
Ceca, Rep.	AFRICA		Somalia	453	Suriname	616	Sri Lanka (ex Ceylon)	311
Cipro	Algeria	401	Sud Africa	454	Trinidad e Tobago	617	Tagikistan	362
Danimarca	Angola	402	Sudan	455	Uruguay	618	Taiwan (ex Formosa)	363
Estonia	Benin (ex Dahomey)	406	Swaziland	456	Venezuela	619	Territori Autonomia	
Finlandia	Botswana	408	Tanzania	457			Palestinese	324
Francia	Burkina Faso	409	Togo	458			Thailandese	349
Germania	(ex Alto Volta)	409	Tunisia	459			Timor Orientale	338
Grecia	Burundi	410	Uganda	461			Turkmenistan	354
Irlanda	Cameroon	411	Zambia	464			Uzbekistan	357
Lattonia	Capo Verde	413	Zimbabwe	465			Azerbaijan	359
Lituania	Centrafrica, Rep.	414	Ciad	415			Bahrain	304
Lussemburgo	Comore	417	Congo, Repubblica del	418	AMERICA		Buthan	306
Malta	Congo, Repubblica del	418	Antigua e Barbuda	503			Brunei	309
Polonia	Congo, Rep. Dem. del	419	Argentina	602			Cambogia	310
Portogallo	(ex Zaire)	463	Bahamas	505			Cina, Rep. Popolare	314
Regno Unito	Costa d'Avorio	404	Barbados	506			Corea, Rep. Pop. Dem.	
Romania	Egitto	419	Belize	507			(Corea Nord)	319
Slovacchia	Eritrea	466	Bolivia	504			Corea, Rep.	
Slovenia	Etiopia	420	Brasile	605			(Corea del Sud)	320
Spagna	Gabon	421	Canada	606			Emirati Arabi Uniti	322
Svezia	Gambia	422	Chile	608			Filippine	323
Ungheria	Ghana	423	Colombia	608			Georgia	360
	Gibuti	424	Costa Rica	513			Giappone	326
	Guinea	425	Cuba	514			Gordania	327
	Guinea Bissau	426	Dominica	515			India	330
	Andorra	202	Dominicana, Rep.	516			Indonesia	331
	Bielorussia	256	Ecuador	609			Iran, Repubblica	332
	Bosnia-Erzegovina	252	El Salvador	617			Islamicum del	333
	Croazia	250	Guatemala	518			Israele	334
	Islanda	223	Giamaica	519			Kazakistan	356
	Kosovo	272	Madagascar	432			Kirghizistan	361
	Liechtenstein	225	Malawi	434			Kuwait	335
	Macedonia, Repubblica di	253	Mali	435			Laos	336
	Moldova	254	Marocco	436			Libano	337
	Monaco	229	Mauritania	437			Maldiva	339
	Montenegro	270	Mauritius	438			Malaysia	340
	Norvegia	231	Mozambico	440			Mongolia	341
	Russia, Federazione	245	Namibia	441			Myanmar (ex Birmania)	347
	San Marino	236	Niger	442			Nepal	302
	Serbia, Repubblica di	271	Nigeria	443				

**INFORMATIVA INDAGINE CAUSE DI MORTE
SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI**

Il medico che accerta il decesso, ai sensi del R.D. 1265/1934 e del D.P.R. 285/1990, deve denunciare al Sindaco la causa della morte utilizzando l'apposita scheda di morte definita dal Ministero della Salute d'intesa con l'Istituto Nazionale di Statistica. La scheda di morte ha esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche e si compone di due copie: una per l'ISTAT ed una per la ASL.

I dati contenuti nella copia della scheda destinata all'ISTAT sono da quest'ultimo utilizzati per l'esecuzione della rilevazione sulle cause di morte (codice IST-00095), inserita nel Programma statistico nazionale. Tali dati, tutelati dal segreto statistico e sottoposti alla normativa in materia di protezione dei dati personali, potranno essere utilizzati anche per successivi trattamenti, esclusivamente per fini statistici, dall'ISTAT e dagli altri soggetti del Sistema statistico nazionale ed essere comunicati ad Eurostat in attuazione del Regolamento europeo n. 1338/2008. I dati potranno, inoltre, essere comunicati per finalità di ricerca scientifica alle condizioni e secondo le modalità previste dall'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale. I medesimi dati saranno diffusi in forma aggregata, secondo modalità che rendano non identificabili gli interessati.

Ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. n. 322/1989, e successive modificazioni e integrazioni, è fatto obbligo alle amministrazioni, enti ed organismi pubblici di fornire all'Istat i dati e le notizie richieste con la presente scheda. L'obbligo si estende anche ai dati sensibili relativi al soggetto deceduto ai sensi del D.P.R. n. 285/1990

Titolare del trattamento dei dati personali relativo alla rilevazione sulle cause di morte è l'ISTAT - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo 16 - 00184 Roma. Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore centrale per le statistiche e per le indagini sulle istituzioni sociali, al quale è possibile rivolgersi anche per quanto riguarda l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003 e per richiedere il nominativo degli altri responsabili.

I dati contenuti nella copia della scheda destinata alla ASL sono da quest'ultima raccolti ai sensi e per le finalità di cui al D.P.R. n. 285/1990. I dati raccolti dalle ASL potranno essere utilizzati dalla Regione per finalità di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, per finalità di ricerca scientifica e per l'esecuzione di rilevazioni statistiche, con le garanzie previste dalla normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003) e dai regolamenti regionali per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Titolari dei trattamenti dei dati personali sopra indicati sono, rispettivamente, la ASL e la Regione. Rivolgendosi alla ASL territorialmente competente è possibile conoscere il nominativo di tutti i responsabili del trattamento dei dati personali e le modalità per l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003.

Principali riferimenti normativi:

- Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni e integrazioni "Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie" - art. 103;
- Decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria" - art. 1;
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni e integrazioni, "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- Regolamento (CE) 16 dicembre 2008, n. 1338/2008, del Parlamento Europeo e del Consiglio, relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro;
- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modificazioni ed integrazioni, "Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" - art. 6-bis (trattamenti di dati personali), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (Programma statistico nazionale);

- "Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale" (all. A.3 del Codice in materia di protezione dei dati personali - d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di approvazione del Programma statistico nazionale 2011-2013;
- Regolamenti regionali per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.



Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

SCRIVERE IN STAMPATELLO

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

<p>PARTE A - A CURA DEL MEDICO</p> <p>Cognome e nome della persona defunta _____</p> <p>MASCHIO <input type="checkbox"/> Et� completa FEMMINA <input type="checkbox"/> (IN ANNI) _____</p>		<p>PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)</p> <p>MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/></p> <p>CODICE FISCALE del/la defunto/a _____</p>									
<p>1. Luogo del decesso</p> <p>Abitazione1 Comune _____</p> <p>Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Hospice.....3 Provincia _____</p> <p>Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro (specificare) _____ g. Codice ASL di decesso _____</p>		<p>2. Rischio diagnostico</p> <p>E' stato richiesto? 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>I-XIX</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>XX</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		I-XIX				XX			
I-XIX											
XX											
<p>3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita</p> <p>Nessuna gravidanza...1 <input type="checkbox"/> Morte in gravidanza...2 <input type="checkbox"/> Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza...3 <input type="checkbox"/> Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza...4 <input type="checkbox"/> Informazione sconosciuta...5 <input type="checkbox"/></p>		<p>Atto di morte</p> <p>Numero I _____</p> <p>Parte 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Serie 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni Ufficio di stato civile _____ Circoscrizione _____</p>									
<p>4. Parte I</p> <p>Sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente a morte - In presenza di pi� sequenze scegliere la pi� rilevante</p> <p>Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza.</p> <p>1 _____ anni o mesi o giorni</p> <p>che ha eventualmente causato ↓</p> <p>2 _____ anni o mesi o giorni</p> <p>che ha eventualmente causato ↓</p> <p>3 _____ anni o mesi o giorni</p> <p>che ha eventualmente causato ↓</p> <p>4 _____ anni o mesi o giorni</p> <p>EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.</p>		<p>5. Professione</p> <p>_____</p>									
<p>4. Parte II</p> <p>Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.</p> <p>_____ anni o mesi o giorni</p> <p>_____ anni o mesi o giorni</p> <p>_____ anni o mesi o giorni</p> <p>IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 5-9 (anche con informazioni riferite)</p>		<p>6. Residenza</p> <p>Stesso Comune di morte1 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro Comune2 <input type="checkbox"/></p> <p>(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____</p> <p>Stato Estero3 <input type="checkbox"/></p> <p>(specificare stato estero) _____</p>									
<p>5. Circo stanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I (es. caduta da scala o pioli, impiccamento, fucilata, ecc.)</p> <p>_____</p>		<p>7. Grado di istruzione</p> <p>Laurea1 <input type="checkbox"/></p> <p>Diploma universitario o laurea breve.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Diploma di scuola media superiore3 <input type="checkbox"/></p> <p>Licenza di scuola media inferiore4 <input type="checkbox"/></p> <p>Licenza elementare o nessun titolo.....5 <input type="checkbox"/></p>									
<p>6. Modalit� del traumatismo/avvelenamento</p> <p>Accidentale (include incidenti da trasporto).....1 <input type="checkbox"/> Suicidio.....2 <input type="checkbox"/> Omicidio.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>6.1 Infortunio sul lavoro 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>8. Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio</p> <p>_____ Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____</p>									
<p>7. In caso di incidente da trasporto specificare anche</p> <p>7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi") _____</p> <p>7.2 Ruolo della vittima</p> <p>Pedone1 <input type="checkbox"/> Guida tore.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Passaggero.....3 <input type="checkbox"/> Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.) _____</p> <p>7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, etc.) In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore etc.) _____</p>		<p>9. Luogo dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio</p> <p>Casa1 <input type="checkbox"/></p> <p>Istituzione collettiva2 <input type="checkbox"/></p> <p>Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione3 <input type="checkbox"/></p> <p>Luogo dedicato ad attivit� sportive4 <input type="checkbox"/></p> <p>Strade e vie5 <input type="checkbox"/></p> <p>Luogo di commercio e servizio6 <input type="checkbox"/></p> <p>Area industriale e di costruzione7 <input type="checkbox"/></p> <p>Azienda agricola8 <input type="checkbox"/></p> <p>Altri luoghi (specificare) _____ 9 <input type="checkbox"/></p>									
<p>Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello)</p> <p>MMG o PLS.....1 <input type="checkbox"/> Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL)</p> <p>Necroscopo.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Medico ospedaliero.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Medico legale4 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro medico5 <input type="checkbox"/></p> <p>Data _____ Firma _____</p>		<p>10. Posizione nella professione</p> <p>Da compilare solo se al quesito 9 � indicato 1 o 2</p> <p>Per lavoratori/lavoratrici autonomi/Imprenditore/imprenditrice o libero professionista.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>lavoratore/lavoratrice in proprio o coadiuvante.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Per lavoratori/lavoratrici dipendenti</p> <p>Dirigente o direttivo4 <input type="checkbox"/></p> <p>impiegato/a o intermedio5 <input type="checkbox"/></p> <p>Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7 <input type="checkbox"/></p>									
<p>Tel. _____ E-mail _____</p>		<p>11. Ramo di attivit� economica</p> <p>Da compilare solo se al quesito 9 � indicato 1 o 2</p> <p>Agricoltura, caccia e pesca1 <input type="checkbox"/></p> <p>Industria2 <input type="checkbox"/></p> <p>Commercio, pubblici servizi, alberghi.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Pubblica amministrazione e servizi pubblici.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Altri servizi privati5 <input type="checkbox"/></p>									
<p>12. Cittadinanza</p> <p>Italiana</p> <p>Per nascita1 <input type="checkbox"/></p> <p>Acquisita2 <input type="checkbox"/></p> <p>Straniera3 <input type="checkbox"/></p> <p>(specificare stato estero) _____</p>		<p>12. Cittadinanza</p> <p>Italiana</p> <p>Per nascita1 <input type="checkbox"/></p> <p>Acquisita2 <input type="checkbox"/></p> <p>Straniera3 <input type="checkbox"/></p> <p>(specificare stato estero) _____</p>									
<p>_____</p>		<p>Timbro</p> <p>(timbrare anche la copia per la ASL)</p>									
<p>_____</p>		<p>Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile</p> <p>_____</p> <p>Tel. _____ E-mail _____</p>									



Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

SCRIVERE IN STAMPATELLO

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

<p>PARTE A - A CURA DEL MEDICO</p> <p>MASCHIO <input type="checkbox"/> Et� completa FEMMINA <input type="checkbox"/> (IN ANNI)</p> <p>Cognome e nome della persona defunta _____</p> <p>1. Luogo del decesso</p> <p>Abitazione 1 Comune _____</p> <p>Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato) 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Hospice 3 Provincia _____</p> <p>Struttura residenziale o socio-assistenziale 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro (specificare) _____ g Codice ASL di decesso _____</p> <p>2. Ricontro diagnostico</p> <p>E' stato richiesto? 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>I-XIX</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>XX</td><td></td><td></td></tr> </table>		I-XIX			XX			<p>PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)</p> <p>MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/></p> <p>CODICE FISCALE della defunta _____</p> <p>Atto di morte</p> <p>Numero _____</p> <p>Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni</p> <p>Ufficio di stato civile _____</p> <p>Circoscrizione _____</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA</th></tr> <tr><td>Comune</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Provincia</td><td>_____</td></tr> </table>		DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA		Comune	_____	Provincia	_____
I-XIX															
XX															
DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA															
Comune	_____														
Provincia	_____														
<p>3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita</p> <p>Nessuna gravidanza...1 <input type="checkbox"/> Morte in gravidanza...2 <input type="checkbox"/> Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza...3 <input type="checkbox"/> Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza...4 <input type="checkbox"/> Informazione sconosciuta...5 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Parte I Sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente a morte - In presenza di pi� sequenze scegliere la pi� rilevante</p> <p>Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza.</p> <p>1 _____ anni o mesi o giorni</p> <p>che ha eventualmente causato ↓</p> <p>2 _____ anni o mesi o giorni</p> <p>che ha eventualmente causato ↓</p> <p>3 _____ anni o mesi o giorni</p> <p>che ha eventualmente causato ↓</p> <p>4 _____ anni o mesi o giorni</p> <p>EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.</p> <p>4. Parte II Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.</p> <p>_____ anni o mesi o giorni</p> <p>_____ anni o mesi o giorni</p> <p>_____ anni o mesi o giorni</p> <p>IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 5-9 (anche con informazioni riferite)</p> <p>5. Circostanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, fuoriuscita, ecc.)</p> <p>_____</p>		<p>6. Modalit� del traumatismo/avvelenamento</p> <p>Accidentale (include incidenti da trasporto).....1 <input type="checkbox"/> Suicidio.....2 <input type="checkbox"/> Omicidio.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>6.1 Infortunio sul lavoro 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO</p> <p>8. Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio</p> <p>_____</p> <p>Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____</p> <p>9. Luogo dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio</p> <p>Casa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Istituzione collettiva 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Luogo dedicato ad attivit� sportive 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Strade e vie 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Luogo di commercio e servizio 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Area industriale e di costruzione 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Azienda agricola 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Altri luoghi (specificare) 9 <input type="checkbox"/></p>													
<p>7. In caso di incidente da trasporto specificare anche</p> <p>7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi")</p> <p>_____</p> <p>7.2 Ruolo della vittima</p> <p>Pedone 1 <input type="checkbox"/> Guidaatore.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Passaggero.....3 <input type="checkbox"/> Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)</p> <p>_____</p> <p>7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, etc.)</p> <p>In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore etc.)</p> <p>_____</p>		<p>6. Residenza</p> <p>Stesso Comune di morte 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro Comune 2 <input type="checkbox"/></p> <p>(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____</p> <p>Stato Estero 3 <input type="checkbox"/></p> <p>(specificare stato estero) _____</p> <p>7. Grado di istruzione</p> <p>Laurea 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Diploma universitario o laurea breve 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Diploma di scuola media superiore 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Licenza di scuola media inferiore 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Licenza elementare o nessun titolo 5 <input type="checkbox"/></p>													
<p>Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello)</p> <p>MMG o PLS 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Necroscopo 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Medico ospedaliero 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Medico legale 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro medico 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL)</p> <p>_____</p> <p>Tel. _____</p>		<p>8. Professione</p> <p>_____</p> <p>9. Condizione professionale o non professionale</p> <p>Occupato/a 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Disoccupato/a 2 <input type="checkbox"/></p> <p>In cerca di prima occupazione 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Ritirato/a dal lavoro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Casalingo/a 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Studente 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Inabile al lavoro 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro (compreso servizio di leva o servizio civile) 8 <input type="checkbox"/></p> <p>10. Posizione nella professione</p> <p>Da compilare solo se al quesito 9 � indicato 1 o 2</p> <p>Per lavoratori/lavoratrici autonomi/le</p> <p>Imprenditore/imprenditrice o libero professionista 1 <input type="checkbox"/></p> <p>lavoratore/lavoratrice in proprio o coadiuvante 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Per lavoratori/lavoratrici dipendenti</p> <p>Dirigente o direttivo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Impiegato/a o intermedio 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Operaio/a o assimilato 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.) 7 <input type="checkbox"/></p> <p>11. Ramo di attivit� economica</p> <p>Da compilare solo se al quesito 9 � indicato 1 o 2</p> <p>Agricoltura, caccia e pesca 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Industria 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Commercio, pubblici servizi, alberghi 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Pubblica amministrazione e servizi pubblici 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Altri servizi privati 5 <input type="checkbox"/></p> <p>12. Cittadinanza</p> <p>Italiana</p> <p>Per nascita 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Acquisita 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Straniera 3 <input type="checkbox"/></p> <p>(specificare stato estero) _____</p>													
<p>Data _____ Firma _____</p>		<p>Timbro _____</p> <p>Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile</p> <p>_____</p> <p>Tel. _____ E-mail _____</p> <p>(timbrare anche la copia per la ASL)</p>													

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA PARTE "A", RELATIVA ALLE CAUSE DI MORTE, NELLE SCHEDE DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA (MOD. ISTAT D.4 - EDIZIONE 2011).

L'ACCURATEZZA NEL FORNIRE INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE È IMPORTANTE PER LA CORRETTA IMPOSTAZIONE DI PROGRAMMI SANITARI A MEDIO-LUNGO TERMINE FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE PUBBLICA. LE INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE DEVONO RAPPRESENTARE LA MIGLIORE OPINIONE MEDICA POSSIBILE.

☐ Compilare a stampatello LEGGIBILE con inchiostro nero.

☐ Il medico è tenuto alla compilazione della parte "A" della scheda di morte. Egli deve indicare il cognome, nome, sesso (dato fondamentale, poiché dal 2011 non ci sono più le schede di colore celeste per i maschi e rosa per le femmine), età compiuta, il luogo del decesso (quesito 1), se è stato richiesto un riscontro diagnostico (quesito 2) e le informazioni circa la Provincia, il Comune, il luogo e la ASL dove è avvenuto il decesso. Nel caso di decessi in età fertile si chiede di compilare il quesito 3 relativo allo stato di gravidanza anche se sconosciuto al momento della compilazione della scheda di morte.

COME RIPORTARE LE CAUSE DI MORTE?

☐ Riportare negli appositi spazi ogni lesione, malattia o stato morboso che abbia avuto rilevanza nel contribuire al decesso dell'individuo. Una condizione può essere riportata come "probabile" se non diagnosticata in modo certo. Evitare di riportare sintomi e segni. Se si ritiene che l'abuso di sostanze stupefacenti, di alcool o di tabacco, di cui è nota la relazione causa-effetto abbiano causato la morte o contribuito ad essa, ciò deve essere riportato ove più appropriato. Nel quesito 4 parte I e parte II vanno sempre riportati negli appositi spazi i tempi intercorsi tra l'insorgenza di ciascuna causa indicata e la morte, in anni oppure mesi oppure giorni. In questo spazio non va assolutamente indicata la data di insorgenza della patologia. Indicare anche se l'informazione è approssimativa, NON LASCIARE IN BIANCO.

IL QUESITO 4 È DIVISO IN DUE PARTI CHE HANNO DIFFERENTI FUNZIONI.

Nella parte I va identificata e riportata una sola sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti o traumatismi, che ha condotto direttamente a morte. Qualora si ritenga che il decesso sia dovuto a più sequenze morbose, riportare la più rilevante. Una sequenza è considerata corretta se è rispettata la causalità fra le condizioni riportate (e le durate sono quindi dalla più remota alla più recente). Non è necessario compilare tutte le righe da 1 a 4. Nel caso, infatti, di sequenza più breve di quella possibile prevista nel modello, compilare solo le righe necessarie.

☐ Riga 1: riportare la cosiddetta CAUSA INIZIALE, ovvero la sola patologia o lesione o traumatismo individuata come quella che ha dato origine alla sequenza di patologie o lesioni o traumatismi che ha portato alla morte.

☐ Righe 2, 3 e 4: riportare, se presenti, le cosiddette CAUSE INTERMEDIE o complicazioni della malattia indicata alla riga 1. Rispettare la corretta sequenza causale e temporale e riportare nell'ultima riga utilizzata la cosiddetta CAUSA TERMINALE. Per causa terminale si intende la condizione morbosa che ha direttamente provocato la morte (per es.: emorragia intracerebrale, encefalopatia epatica, insufficienza della valvola mitralica, ecc.) e NON la modalità o il meccanismo di morte (per es.: arresto cardiaco; insufficienza respiratoria, ecc.).

Se non è stata identificata una causa iniziale di morte, è buona norma riportare alla riga 1, la dicitura: "CAUSA NATURALE INDETERMINATA"; e nelle righe successive le cause intermedie e terminali conosciute. Ciò consente di comprendere che non vi è stata svista od omissione nella compilazione della scheda di morte.

Nella parte II vanno riportati esclusivamente altri stati morbosi o lesioni rilevanti che NON fanno parte della sequenza riportata in parte I, ma che hanno, nell'opinione del medico, contribuito al decesso.

☐ Possono essere indicate fino a tre malattie o traumatismi con le rispettive durate tra l'insorgenza ed il decesso. La finalità del quesito 4 parte II è quella di fornire ulteriori informazioni sul quadro morboso del/dei deceduto/a al momento del decesso, sia che questo sia avvenuto per cause naturali che per cause esterne.

IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO O AVVELENAMENTO DEVONO ESSERE COMPILATI ANCHE I QUESITI DA 5 A 9.

☐ Quesito 5: riportare le circostanze ed il mezzo o modo col quale la lesione è stata determinata. Ad esempio, essa può essere stata provocata da armi, oggetti, mezzi meccanici, cadute, sostanze chimiche, farmaci, ecc. Indicare con precisione il mezzo e la circostanza che ha causato la lesione. NON LASCIARE IN BIANCO perché questa informazione è fondamentale per le statistiche di mortalità per cause esterne.

☐ Quesito 6: riportare la modalità del decesso. Barrare SEMPRE in caso di traumatismo o avvelenamento una, ed una sola, delle tre modalità previste. Nel caso di morte accidentale, nel quesito 6.1 riportare se si tratta di infortunio avvenuto durante un'attività lavorativa o meno. Barrare SEMPRE una delle due modalità previste.

☐ Quesito 7: riportare nel caso di incidenti da trasporto, il mezzo e ruolo della vittima (quesiti 7.1 e 7.2); il tipo di incidente (collisione, ribaltamento, affondamento, ecc.); nel caso di scontro o investimento, l'oggetto con cui è avvenuto lo scontro o il veicolo che ha investito il deceduto (quesito 7.4).

☐ Quesiti 8 e 9: riportare l'orario, la data ed il luogo in cui è avvenuto l'incidente, infortunio, suicidio o omicidio.

CODICI DELLE CITTADINANZE E DEGLI STATI ESTERI

EUROPA	Stato della Città del Vaticano	246	Ruanda	448	Saint Lucia	532	Oman	343
UE (Unione Europea)	SVizzera	241	Sao Tomé e Príncipe	446	Saint Kitts e Nevis	534	Pakistan	344
Austria	Turchia	351	Seychelles	449	Saint Vincent e Grenadine	533	Qatar	345
Belgio	Ucraina	243	Senegal	450	Stati Uniti d'America	536	Singapore	346
Bulgaria		209	Sierra Leone	451	Suriname	537	Siria	348
Ceca, Rep.	AFRICA	257	Somalia	452	Trinidad e Tobago	617	Sri Lanka (ex Ceylon)	311
Cipro	Algeria	401	Sud Africa	454	Uruguay	618	Taiwan (ex Formosa)	363
Danimarca	Angola	402	Sudan	455	Venezuela	619	Territori d'Autonomia	324
Estonia	Benin (ex Dahomey)	406	Swaziland	456			Thailandia	349
Finlandia	Botswana	408	Tanzania	457			Timor Orientale	338
Francia	Burundi	410	Togo	458			Turkmenistan	364
Germania	Cameroon	411	Togo	458			Uzbekistan	357
Grecia	Capo Verde	413	Uganda	461			Vietnam	353
Irlanda	Centrafricana, Rep.	414	Zambia	464			Yemen	354
Lettonia	Ciad	415	Zimbabwe	465				
Lituania	Comore	417			AMERICA			
Lussemburgo	Costa d'Avorio	418	Antigua e Barbuda	503	Argentina	602	OCEANIA	
Malta	Congo, Rep. Dem. del (ex Zaire)	463	Argentina	602	Bahamas	505	Australia	701
Paesi Bassi	Portogallo	234	Barbados	506	Brunei	506	Fiji	703
Polonia	Ragno Unito	219	Belice	507	Cambogia	310	Kiribati	708
Portogallo	Romania	235	Bolivia	504	Cina, Rep. Popolare (Corea Nord)	319	Marshall, Isole	712
Romania	Slovacchia	255	Bразил	605	Corea, Rep. (Corea del Sud)	320	Micronesia, Stati Federati	713
Slovacchia	Slovenia	251	Gabon	509	Emirati Arabi Uniti	322	Nauru	715
Slovenia	Spagna	239	Gambia	422	Filippine	523	Nuova Zelanda	719
Spagna	Svezia	240	Ghana	423	Georgia	608	Palau	720
Svezia	Ungheria	244	Gibuti	424	Giappone	326	Papua Nuova Guinea	721
			Guinea	425	Giordania	327	Salomone, Isole	725
			Guinea-Bissau	426	India	330	Tonga	730
			Guinea Equatoriale	427	Indonesia	331	Tuvalu	731
			Kenya	428	Iran, Repubblica Islamica del	332	Vanuatu	732
			Lesotho	429			APOLIDE	999
			Liberia	430				
			Libia	431				
			Madagascar	432				
			Malawi	434				
			Macedonia, Repubblica di	253				
			Moldova	254				
			Marocco	436				
			Monaco	229				
			Mauritius	270				
			Montenegro	270				
			Norvegia	231				
			Russia, Federazione	245				
			San Marino	236				
			Serbia, Repubblica di	271				
				443				

INFORMATIVA INDAGINE CAUSE DI MORTE
SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Il medico che accerta il decesso, ai sensi del R.D. 1265/1934 e del D.P.R. 285/1990, deve denunciare al Sindaco la causa della morte utilizzando l'apposita scheda di morte definita dal Ministero della Salute d'intesa con l'Istituto Nazionale di Statistica. La scheda di morte ha esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche e si compone di due copie: una per l'ISTAT ed una per la ASL.

I dati contenuti nella copia della scheda destinata all'ISTAT sono da quest'ultimo utilizzati per l'esecuzione della rilevazione sulle cause di morte (codice IST-00095), inserita nel Programma statistico nazionale. Tali dati, tutelati dal segreto statistico e sottoposti alla normativa in materia di protezione dei dati personali, potranno essere utilizzati anche per successivi trattamenti, esclusivamente per fini statistici, dall'Istat e dagli altri soggetti del Sistema statistico nazionale ed essere comunicati ad Eurostat in attuazione del Regolamento europeo n. 1338/2008. I dati potranno, inoltre, essere comunicati per finalità di ricerca scientifica alle condizioni e secondo le modalità previste dall'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale. I medesimi dati saranno diffusi in forma aggregata, secondo modalità che rendano non identificabili gli interessati.

Ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. n. 322/1989, e successive modificazioni e integrazioni, è fatto obbligo alle amministrazioni, enti ed organismi pubblici di fornire all'Istat i dati e le notizie richieste con la presente scheda. L'obbligo si estende anche ai dati sensibili relativi al soggetto deceduto ai sensi del D.P.R. n. 285/1990.

Titolare del trattamento dei dati personali relativo alla rilevazione sulle cause di morte è l'ISTAT - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo 16 - 00184 Roma. Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore centrale per le statistiche e per le indagini sulle istituzioni sociali, al quale è possibile rivolgersi anche per quanto riguarda l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003 e per richiedere il nominativo degli altri responsabili.

I dati contenuti nella copia della scheda destinata alla ASL sono da quest'ultima raccolti ai sensi e per le finalità di cui al D.P.R. n. 285/1990. I dati raccolti dalle ASL potranno essere utilizzati dalla Regione per finalità di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, per finalità di ricerca scientifica e per l'esecuzione di rilevazioni statistiche, con le garanzie previste dalla normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003) e dai regolamenti regionali per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Titolari dei trattamenti dei dati personali sopra indicati sono, rispettivamente, la ASL e la Regione. Rivolgendosi alla ASL territorialmente competente è possibile conoscere il nominativo di tutti i responsabili del trattamento dei dati personali e le modalità per l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003.

Principali riferimenti normativi:

- Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni e integrazioni "Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie" - art. 103;
- Decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria" - art. 1;
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni e integrazioni, "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- Regolamento (CE) 16 dicembre 2008, n. 1338/2008, del Parlamento Europeo e del Consiglio, relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro;
- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modificazioni ed integrazioni, "Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" - art. 6-bis (trattamenti di dati personali), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (Programma statistico nazionale);
- "Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale" (all. A.3 del Codice in materia di protezione dei dati personali - d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di approvazione del Programma statistico nazionale 2011-2013;
- Regolamenti regionali per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Esempio 1 - Quesito 4 parte I 1 Adenocarcinoma primitivo lobo inferiore polmone 2 Adenocarcinoma secondario del fegato 3 Cachessia neoplastica 4	3 anni 1 anno 10 giorni	- Q5 Scivolava su superficie ghiacciata - Q6 Accidentale - Q6.1 Infortunio sul lavoro No - Q8 (Specificare ora, giorno, mese, anno dell'incidente) - Q9 Azienda agricola
- Quesito 4 parte II Malattia ischemica cuore	10 anni	Esempio 3 - Quesito 4 parte I 1 Frattura base cranica 2 Emorragia cerebrale 3 4
Esempio 2 - Quesito 4 parte I 1 Frattura testa femore 2 Embolia polmonare 3 4 - Quesito 4 parte II Obesità Sindrome bipolare Diabete tipo 2 (segue)	1 mese 1 giorno 15 anni 35 anni 8 anni	- Quesito 4 parte II Esiti progressivo ictus emorragico - Q5 Automobile scontratasi contro muro - Q6 Accidentale - Q6.1 Infortunio sul lavoro No - Q7.1 Automobile - Q7.2 Guidatore - Q7.3 Scontro - Q7.4 Muro - Q8 (Specificare ora, giorno, mese, anno dell'incidente) - Q9 Strada

LA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE RESA DAL MEDICO CURANTE O ALTRO MEDICO INCARICATO SECONDO QUANTO PREVEDE LA NORMATIVA VIGENTE. RIPORTARE LA DATA DI COMPILAZIONE, IL TIMBRO CON IL NUMERO TELEFONICO DEL MEDICO O DELLA STRUTTURA DI RICOVERO O CURA E LA FIRMA LEGGIBILE DEL MEDICO CHE HA COMPILATO LA SCHEDA DI MORTE. SE DOPO LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI MORTE SI OTTENGONO ULTERIORI INFORMAZIONI, AD ESEMPIO TRAMITE RISCONTRI NECROSCOPICI, CHE MODIFICANO O INDIVIDUANO CON CERTEZZA LA CAUSA INIZIALE DI MORTE O IL TIPO DI LESIONE RESPONSABILE DELLA MORTE, QUESTE VANNO TEMPESTIVAMENTE COMUNICATE ALLA ASL DI COMPETENZA.

Consultare il sito: <http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/infomorte/>